

La medicina social en zonas rurales: una historia de la lucha contra el pian en Antioquia, 1918-1941

Social Medicine in Rural Zones: A History of the Fight against Yaws in Antioquia, 1918-1941

A medicina social no meio rural: uma história da luta contra a bouba em Antioquia, 1918-1941

<https://doi.org/10.15446/achsc.v49n2.97207>

GABRIEL JAIME VÉLEZ TOBÓN*

Universidad de Antioquia, Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-4859-1124>

VICTORIA ESTRADA ORREGO**

Institución Universitaria ITM, Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-8872-3320>

* gabrielj.velez@udea.edu.co

** victoriaestrada@itm.edu.co

Artículo de investigación

Recepción: 11 de julio del 2021. Aprobación: 2 de noviembre del 2021.

Cómo citar este artículo

Gabriel Jaime Vélez Tobón y Victoria Estrada Orrego, “La medicina social en zonas rurales: una historia de la lucha contra el pian en Antioquia, 1918-1941”, *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 49.2 (2022): 97-126.

Reconocimiento-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-ND 4.0)

[98]

RESUMEN

Objetivo: a través del estudio de la campaña antiplágica en Antioquia a inicios del siglo xx, este artículo analiza el surgimiento de la medicina social a nivel departamental, las transformaciones en el sistema de salud y la implementación de estructuras complejas de atención —tales como unidades sanitarias y comisiones de higiene rural—. **Metodología:** se hace un análisis exhaustivo de tesis de medicina e informes oficiales del departamento de Antioquia. La documentación fue consultada en el Archivo Histórico de Antioquia, la Sala Patrimonial de Historia de la Medicina de la Universidad de Antioquia y la Hemeroteca Nacional de Colombia. **Originalidad:** el pian es una enfermedad contagiosa que se extendió a lo largo de zonas rurales y marginadas de Antioquia durante la primera mitad del siglo xx. A pesar de la magnitud que tomó a nivel departamental y nacional, la historiografía colombiana no ha abordado su estudio. **Conclusiones:** se encuentra que las campañas sanitarias en Antioquia fueron una estrategia para trasladar los avances médicos de la ciudad a las zonas rurales del departamento. Las dificultades que dichos proyectos enfrentaron se debieron no solo a problemas presupuestales y de acceso a las zonas, sino también a la escasez de personal médico.

Palabras clave: campaña sanitaria; Colombia; enfermedad; higiene; medicina; pian; rural; salud.

ABSTRACT

Objective: This article analyzes the emergence of social medicine in Colombian departmental divisions, health transformations, and the implementation of complex structures of care such as health units and commissions of rural hygiene, through the study of the campaign against yaws in the Antioquia at the beginning of the 20th century. **Methodology:** We make an exhaustive analysis of medical theses and official reports of the Department of Antioquia. This documentation was consulted at the Archivo Histórico de Antioquia, the Sala Patrimonial Historia de la Medicina de la Universidad de Antioquia, and the Hemeroteca Nacional de Colombia. **Originality:** Yaws is a contagious disease that spread throughout rural and marginalized areas of Antioquia during the first half of the 20th century. Despite the departmental and national magnitude that it took, Colombian historiography has not addressed its study. **Conclusions:** We find that the development of health campaigns in Antioquia was a strategy to transfer urban medical advances to the department's rural areas and that these projects faced problems such as budget restrictions, access to the territory, and the lack of medical personnel.

Keywords: Colombia; disease; health; hygiene; medicine; rural; sanitary campaign; yaws.

[100]

RESUMO

Objetivo: por meio do estudo da campanha contra a boubá de Antioquia a inícios do século xx, este artigo analisa o surgimento da medicina social ao nível departamental, as transformações na saúde e a implantação de estruturas assistenciais complexas, como unidades sanitárias e comissões de higiene rural. **Metodologia:** fizemos uma análise exaustiva das teses médicas e relatórios oficiais do departamento de Antioquia. A documentação foi consultada no Archivo Histórico de Antioquia, na Sala Patrimonial Historia de la Medicina de la Universidad de Antioquia e na Hemeroteca Nacional de Colombia. **Originalidade:** a boubá é uma doença contagiosa que se espalhou pelas áreas rurais e marginalizadas de Antioquia durante a primeira metade do século xx. Apesar da magnitude que teve no nível departamental e nacional, a historiografia colombiana não abordou seu estudo. **Conclusões:** o desenvolvimento de campanhas de saúde em Antioquia foi uma estratégia para transferir os avanços médicos da cidade para as áreas rurais do departamento. As dificuldades enfrentadas por esses projetos não se deviam apenas a problemas de orçamento e acesso às áreas, mas também à falta de pessoal médico.

Palavras-chave: boubá; campanha de saúde; Colômbia; doença; higiene; remédio; rural; saúde.

Introducción

La medicina social nace de la preocupación del Estado por la salud de todos los miembros de la sociedad y como concepto integrador de las necesidades del pueblo. Esta tiene en cuenta elementos como las condiciones laborales favorables para el trabajador, la educación para prevenir enfermedades, la salud y mejoras en la calidad de vida. En la medida en que los diferentes Estados fortalecieron sus políticas sanitarias, las enfermedades —y más las de carácter epidémico— fueron mejor entendidas y combatidas. De igual manera, la comprensión de la salud de la población potenció el cuerpo económico estatal y permitió una apertura comercial con mayores inversiones y progreso industrial.¹

[101]

Según Jorge Molero Mesa, la expresión paradigmática de la medicina social fueron las campañas sanitarias. Estas influenciaron buena parte de la práctica médica de la primera mitad del siglo xx. Con sus avances técnicos y científicos, se enfocaron en prevenir enfermedades infecciosas epidémicas y “enfermedades sociales” que afectaban a los trabajadores y a la población en general, sobre todo a los sectores más pobres y marginados. Si bien el objetivo principal de estas campañas fue la erradicación de enfermedades sociales e infecciosas, su valor no residió tanto en las acciones correctivas, sino en su fuerte componente preventivo, que abarcaba la identificación de grupos de riesgo, la educación sanitaria y el diagnóstico precoz.²

En Colombia, los trabajos sobre la historia de las enfermedades se han centrado en la lucha contra la viruela, la lepra, la uncinariasis, la tuberculosis y las venéreas, y han dejado por fuera al pian, una enfermedad infectocontagiosa que afectó a un número importante de colombianos en la primera mitad del siglo xx.³ En 1924, el pian se registraba en al menos veintinueve municipios antioqueños y sumaba más de siete mil casos anuales, con poblaciones que

-
1. George Rosen, *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud* (Ciudad de México: Siglo XXI, 2005) 81.
 2. Jorge Molero Mesa y Francisco Javier Martínez Antonio, “Las campañas sanitarias como paradigma de la acción social de la medicina”, *Trabajo Social y Salud* 43 (2002): 119-148.
 3. Renán Silva, *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el Virreinato de Nueva Granada* (Medellín: La Carreta Editores, 2007); Diana Obregón, *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*. (Medellín: EAFIT / Banco de la República, 2002); Emilio Quevedo *et al.*, *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: el tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004).

atendían hasta cuatrocientos casos mensuales.⁴ Este artículo analiza la campaña contra esta enfermedad en el departamento de Antioquia entre 1918 y 1941 y muestra cómo durante este periodo la lucha contra el pian, en conjunto con endemias como la malaria y la uncinariasis, fue determinante para la configuración de una medicina social que se expandió hacia zonas rurales, en especial a las regiones de mayor productividad.

[102]

El análisis de esta enfermedad de carácter rural y de zonas marginadas permite dilucidar, en el contexto departamental, las transformaciones de la administración sanitaria del orden nacional. También deja ver cómo se implementaron formas complejas de atención, tales como las unidades sanitarias y las comisiones de higiene rural. Además, favorece la comprensión del establecimiento de la medicina social en el departamento antioqueño y muestra el papel de las disposiciones internacionales en materia de higiene en el desarrollo de estrategias de control de la enfermedad en regiones de difícil acceso.

Para este estudio, consultamos tesis médicas, informes del secretario de gobierno departamental y la *Gaceta Departamental de Antioquia*. Para conocer la campaña en el Ferrocarril de Antioquia, nos basamos principalmente en los informes médicos enviados al superintendente general entre 1917 y 1930, publicados en el periódico *El Ferrocarril de Antioquia*. La documentación fue consultada en el Archivo Histórico de Antioquia, en la Sala Patrimonial Historia de la Medicina de la Universidad de Antioquia y en la Hemeroteca Nacional de Colombia.

El pian en el contexto colombiano

El comienzo del siglo xx en Colombia estuvo marcado por la Guerra de los Mil Días y distintos esfuerzos de modernización estatal. La sociedad se encontraba sumida en una grave crisis económica que condujo a la miseria, la escasez de alimentos y la precarización de las condiciones sanitarias. La población, en consecuencia, quedó muy vulnerable a enfermedades infecciosas como la malaria, la tuberculosis, las diarreas, la uncinariasis, entre otras, y con una expectativa de vida que no superaba los treinta años.⁵ El

4. José M. González Gómez, “Memoria que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1925”, Medellín, 1925. Archivo Histórico de Antioquia (AHA), Medellín, Colección de Impresos, 1428, folios 181-182.

5. Jorge Márquez, “La extensión de la medicalización al mundo rural antioqueño a comienzos del siglo xx”, *Historia social y cultural de la salud y la medicina en Colombia, siglos XVI-XX*, comps. Javier Guerrero Barón, Luis Wiesner Gracia y Abel

escenario no era prometedor. Estos problemas en materia de salud pública llevaron al Estado a crear instituciones para la contención de epidemias y enfermedades infecciosas, así como instituciones de control social para eliminar prácticas como el alcoholismo o la inmoralidad.⁶ Así, aparecieron comisiones sanitarias a lo largo del país. Con ellas, se buscaba trasladar los avances médicos de las ciudades hacia las zonas rurales atacadas por enfermedades de diversa índole.⁷

La reforma sanitaria de la segunda década del siglo xx intentó actualizar a Colombia en varios frentes. Uno de ellos era el de la medicina social, caracterizada por un “higienismo basado en el pasterianismo y en el mansonismo, asistencialismo y filantropía; normalización de los oficios de médico y farmaceuta; higiene y saneamiento de hábitats humanos; higiene y medicina del trabajo”.⁸ En ese contexto, las autoridades sanitarias de Antioquia buscaron cubrir diferentes aspectos relacionados con la salud de la población. Una de sus estrategias fue la creación de comisiones sanitarias, entre cuyas funciones estaban: el saneamiento del suelo y el control higiénico de las habitaciones; el control de aguas y alimentos; el servicio de protección materna e infantil; la medicina y odontología escolar; preparar estudios de geografía médica y estadística nosológica y epidemiológica; la educación y propaganda higiénica; así como realizar campañas sanitarias contra enfermedades como tuberculosis, sífilis, lepra, uncinariasis, paludismo y pian.⁹

El pian es una enfermedad infecciosa crónica causada por la bacteria *Treponema pallidum*, subespecie *pertenue*, caracterizada por la aparición de

[103]

Martínez (Medellín: UPTC / La Carreta Editores, 2010) 241; James D. Henderson, *La modernización en Colombia: los años de Laureano Gómez, 1889-1965* (Medellín: Universidad de Antioquia, 2006) 68-71; Emilio Quevedo *et al.*, *Historia de la medicina en Colombia*, t. 3 (Bogotá: Tecnoquímicas S. A., 2010) 214.

6. Hanni Jalil-Paier y Guillermo Donado, “Luchando por la patria, forjando trabajadores: tuberculosis, alcoholismo y salud pública en Colombia, 1910-1925”, *Revista de Salud Pública* 12 (2010): 486-496.
7. “Ley 84 de 1914 (noviembre 21) por el cual se derogan las Leyes 19 de 1911 y 23 de 1923 y se dictan algunas disposiciones sobre extinción de la langosta y sobre higiene pública y privada”, *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*, Pablo García Medina (Bogotá: Imprenta Nacional, 1932) 45-46.
8. Márquez, “La extensión” 244-245.
9. Arturo Robledo, “Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez”, Medellín, 1937. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1540, ff. 10-11.

[104]

lesiones cutáneas. Cuando no es tratada a tiempo, evoluciona a una condición debilitante que afecta también huesos y cartílagos y ocasiona deformaciones corporales (en algunos casos, las lesiones son similares a aquellas producidas por la sífilis).¹⁰ Uno de sus principales agravantes es generar lesiones y dolores reumáticos que impiden la marcha e imposibilitaban a los individuos para el trabajo. Y, teniendo en cuenta su alta contagiosidad, es vital tratarla para prevenir la propagación hacia individuos sanos.

El pian, también conocido como buba, era característico de comunidades rurales pobres; asentamientos de poblaciones marginadas y con escasos servicios de salud. Para 1920, se distribuía principalmente en las regiones cálidas y húmedas del país que abarcaban el litoral Pacífico y las regiones del Magdalena, Cauca, Caldas y Antioquia.¹¹ Y, debido a la magnitud que alcanzó durante la primera mitad del siglo xx, el gobierno emprendió tres grandes campañas a nivel nacional. La primera de ellas fue en 1925. Ese año se logró organizar una estrategia para enfrentar la enfermedad en diferentes puertos fluviales de los ríos Magdalena y Cauca. En 1936 la campaña antiipiánica se desarrolló en el litoral Pacífico y se buscó erradicar la enfermedad en la intendencia del Chocó y los departamentos del Valle del Cauca, Cauca y Nariño. Antes del desarrollo de los antibióticos, los medicamentos utilizados en el tratamiento eran los arsenicales, en especial el neosalvarsán o 914 (aunque también eran usados los bismúticos y los yodurados). Finalmente, en 1950, la llegada de la penicilina llevó a replantear las estrategias de las campañas anteriores y se diseñó un protocolo con un énfasis administrativo y científico diferente.¹²

En Antioquia, la lucha contra esta enfermedad se emprendió años antes de las campañas nacionales. Y, como veremos, se caracterizó por la configuración de un sistema sanitario que integró diferentes componentes sociales, económicos y políticos y permitió establecer estructuras sanitarias complejas. Aquí, el papel que jugó el sector privado —en este caso, el Ferrocarril de Antioquia— fue crucial, pues, además de establecer un sistema médico para mantener la fuerza de

10. Gerardo López Narváez, “Pian y campaña antiipiánica en Colombia”, *Revista de la Facultad de Medicina* 24 (1956): 294-342.

11. Antonio José Rodríguez, “El pian en Colombia”, *Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla* 6.9 (1939): 17-42.

12. Gabriel Jaime Vélez Tobón y Victoria Estrada Orrego, “Deformaciones y contagios. La lucha contra el pian en Colombia en la primera mitad del siglo xx”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* 18 (2021): 28-51.

trabajo, participó de manera activa en campañas sanitarias en regiones aledañas a lo largo de la vía férrea para el tratamiento de particulares.

El departamento sanitario del Ferrocarril de Antioquia

La construcción del Ferrocarril de Antioquia ha sido considerada uno de los hechos más sobresalientes a nivel económico e industrial en la segunda mitad del siglo XIX antioqueño. El nacimiento de esta empresa obedeció a la idea de conectar la capital del departamento con el río Magdalena y establecer una ruta comercial que permitiera un intercambio más fluido y accesible con otras regiones del país y el extranjero. Así, el ferrocarril representó un alivio para la producción campesina —pues los productos se transportaban más rápido y a menor costo—, su funcionamiento permitió una mayor movilización de personas y, a partir de 1875, impulsó la colonización de aquellas regiones por las cuales pasaba la vía férrea. Sin embargo, estos mismos espacios reunían condiciones geográficas y climáticas que los hacían difíciles de habitar, más aún para los obreros encargados de la construcción del ferrocarril.¹³ Según la historiadora Libia Restrepo, después de haberse construido el primer tramo desde Puerto Berrío hacia Medellín, los inspectores que supervisaban el funcionamiento de la obra manifestaron su conmiseración frente a las penurias que sufrían los peones: estaban obligados a trabajar bajo el sol en las selvas anegadizas del Magdalena, invadidas de ciénagas, entre aguas negras y pestilentes, devorados por insectos y durmiendo a la intemperie.¹⁴

[105]

La empresa no fue indiferente al auge del sistema económico capitalista que dio paso a una medicina social y laboral que pretendía mantener vigorosa su fuerza productiva. Por ello, ante las duras e insalubres condiciones de trabajo de los obreros, el Ferrocarril de Antioquia decidió establecer un departamento sanitario que permitiera garantizar la afluencia de trabajadores capaces de sostener la obra. Así, en 1893, la empresa abrió un hospital en el municipio de Puerto Berrío. Este, a diferencia de los hospitales de Medellín,

-
13. Gabriel Latorre, “Francisco Javier Cisneros y el Ferrocarril de Antioquia”, 1924. Biblioteca Digital de la Universidad de Antioquia. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/381/1/LatorreGabriel_2009_FerrocarrilAntioquiaResena.pdf.
 14. Libia J. Restrepo, *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia, 1875-1930* (Medellín: La Carreta Editores, 2004) 22.

dirigidos por comunidades religiosas, estuvo a cargo de un médico, el doctor Emiliano Henao.¹⁵

[106]

En 1909, Henao viajó a Londres y tomó el curso de medicina tropical en The London School of Tropical Medicine para ponerse al corriente de las ideas de la higiene moderna. Sus trabajos eventualmente llevaron a que la organización del sistema de atención de salud del Ferrocarril de Antioquia pasara de un modelo curativo a un modelo de medicina preventiva, especialmente en lo relativo a la lucha contra la malaria. Estas ideas, si bien parecían loables desde el punto de vista médico, perseguían intereses económicos, toda vez que la puesta en marcha de medidas preventivas reducía el número de enfermos y eso se traducía en ahorros y beneficios para la empresa.¹⁶ De este modo, el departamento sanitario del Ferrocarril de Antioquia dispuso hospitales y dispensarios a lo largo de la línea férrea, tanto en la división del Nus como en la de Porce. Según Henao, estos establecimientos eran centrales en el sistema de sanidad, pues cada uno contaba con un médico responsable de la salud de los trabajadores y las condiciones de habitación. En ellos también se atendía a los pobladores de las zonas cercanas a la línea férrea con el fin de evitar la propagación de epidemias entre los empleados,¹⁷ quienes constantemente eran afectados por la malaria, la uncinariasis, la tuberculosis, las disenterías y el pian.

La campaña antiplánica en el Ferrocarril de Antioquia

En 1914, la comisión exploradora del Ferrocarril de Urabá registró por primera vez casos de pian en la zona.

Pero si hay una enfermedad típica y propia de aquellas regiones: la buba. Sus manifestaciones son muy semejantes a las de la sífilis, pero no tiene ninguna de las consecuencias terribles de esta dolencia. Se cura con inyecciones de 606 o también espontáneamente al cabo de un año porque parece que el microbio, o lo que sea que la origina, tiene una evolución natural que termina con la muerte del microorganismo en un año completo.¹⁸

15. Años más tarde, y en vista de que el Hospital de Puerto Berrío no contaba con las condiciones de salubridad suficientes, se construyó el Hospital de San Rafael. Restrepo, *La práctica* 52, 102-109.

16. Restrepo, *La práctica* 61-66.

17. Emiliano Henao, "Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia", *El Ferrocarril de Antioquia* [Medellín] abr. 30, 1922: 7828-7829.

18. Luis F. Osorio, *Informe número 1 del ingeniero jefe de la comisión exploradora del Ferrocarril de Urabá al Señor Gobernador del Departamento* (Medellín: Imprenta Oficial, 1914) 43.

Sin embargo, fue solo hasta 1919 que el pian comenzó a ser un verdadero problema para el Ferrocarril de Antioquia. Ese año, en la división del Nus, que comprendía la región oriental del departamento, se informó de un foco de pian en Canoas, una pequeña población que se comunicaba con Caracolí. En este último municipio, según el doctor Henao, se podían contar hasta cien personas contagiadas de pian. Después de Caracolí, la infección comenzó a extenderse a otras poblaciones, tanto en pequeños núcleos del campo como en la misma línea férrea.¹⁹

[107]

Atendiendo a la problemática, el médico auxiliar Benigno Velasco Cabrera se desplazó a Canoas para atender los casos de infecciones por pian. El total de pianosos registrados fue de 186 en Canoas y 162 en Caracolí. La mayoría de las personas tratadas no tenían vinculación laboral con el ferrocarril. Solo cuatro obreros contrajeron la enfermedad, y fueron atendidos en el hospital de San Rafael.²⁰ Tratar a todos los infectados permitía controlar el contagio, prevenía la aparición de nuevos focos de infección y, en últimas, protegía a los empleados del Ferrocarril.

Los datos indican que en 1920 se atendieron 119 pianosos en el dispensario de Cisneros, de los cuales 113 se curaron. En algunos casos se suministraron hasta siete dosis de 914 para asegurar la curación completa de los pacientes. En otros, los afectados no volvieron después de la primera dosis, así que no fue posible determinar si el tratamiento había sido efectivo y se abrió la posibilidad de seguir el contagio y aumentar los focos de infección. Sin embargo, la proporción de quienes volvieron fue bastante grande, lo cual demuestra el interés de la población por curarse.

Para el departamento médico era importante conocer no solo las características de los individuos que contraían la enfermedad, sino también el número promedio de tratamientos aplicados a los pacientes. Estos datos, además de contribuir a la caracterización de la enfermedad en el ferrocarril, principalmente hombres aptos para el trabajo, aportaban las cifras necesarias para calcular los gastos de la campaña (tabla 1).²¹

19. Emiliano Henao, "Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia", *El Ferrocarril de Antioquia* [Medellín] abr. 30, 1920: 6626.

20. Emiliano Henao, "Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia", *El Ferrocarril de Antioquia* [Medellín] abr. 30, 1920: 6626.

21. Emiliano Henao, "Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia", *El Ferrocarril de Antioquia* [Medellín] may. 28, 1921: 7220-7221.

Tabla 1. Estadísticas de la campaña del Ferrocarril de Antioquia contra el pian (septiembre, 1920).

| Edad (años) | Hombres | Mujeres | Total | Total de Inyecciones | 914 empleado (gr.) | Inyecciones por persona (promedio) | 914 por persona (promedio gr.) |
|-------------|---------|---------|-------|----------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| 1 | 2 | - | 2 | 8 | 1,30 | 4 | 0,65 |
| 2 | - | 1 | 1 | 4 | 0,85 | 4 | 0,85 |
| 3 a 5 | 2 | 2 | 4 | 16 | 2,65 | 4 | 0,66 |
| 6 a 10 | 11 | 4 | 15 | 53 | 11,20 | 3,5 | 0,74 |
| 11 a 15 | 21 | 6 | 27 | 84 | 33,65 | 3 | 1,24 |
| 16 a 20 | 17 | 8 | 25 | 72 | 35,40 | 2,8 | 1,41 |
| 21 a 30 | 19 | 6 | 25 | 78 | 34,55 | 3,1 | 1,36 |
| 31 a 40 | 10 | 4 | 14 | 44 | 20,25 | 3,1 | 1,45 |
| 41 a 50 | 2 | 2 | 4 | 13 | 6,00 | 3,2 | 1,50 |
| 51 a 60 | 2 | - | 2 | 4 | 1,65 | 2 | 0,82 |
| Totales | 86 | 33 | 119 | 376 | 147,50 | 3,1 | 1,23 |

Fuente: Emiliano Henao, "Informe del Médico jefe del Ferrocarril de Antioquia", *El Ferrocarril de Antioquia* [Medellín] may. 28, 1921: 7221.

En 1920, Emiliano Henao anunció que la línea y el foco de Caracolí habían quedado libres de infección, pero al año siguiente el pian reapareció y demostró su extensión, así que la empresa organizó varias excursiones desde Canoas hacia focos pianosos repartidos en seis municipios.²² Las condiciones en las que se encontraban los habitantes de las poblaciones infectadas eran penosas. Además de la ausencia de caminos de herradura, las habitaciones tenían malas condiciones de higiene, los alimentos escaseaban y no había personal sano para preparar la comida. Esto contribuía a mantener a los individuos infectados y, según palabras del personal del Ferrocarril de Antioquia, en "repugnante estado". Henao refirió la existencia de caceríos donde casi todos sus habitantes estaban contagiados.²³

La enfermedad, que se propagaba desde el oriente hacia el centro del departamento, tomó grandes magnitudes pese a los esfuerzos por contenerla.

22. Emiliano Henao, "Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia", *El Ferrocarril de Antioquia* [Medellín] abr. 30, 1922: 7829.

23. "En Montecristo, con 32 habitantes había 31 infectados. En San Julián con 8 habitantes, había 8 infectados". Emiliano Henao, "Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia", *El Ferrocarril de Antioquia* [Medellín] abr. 30, 1922: 7829.

Para 1921, de los 96 municipios de Antioquia, 37 habían sido infectados con pian, de los cuales seis fueron reportados por la campaña del Ferrocarril (figura 1). A la luz de este panorama, la campaña se suspendió mientras se elaboraba un plan más eficaz para combatir la enfermedad.

En 1922, Emiliano Henao presentó un informe titulado *Plan de campaña contra el pian en la región oriental de Antioquia*.²⁴ No hay indicios que permitan establecer si su plan entró en funcionamiento —pues en los informes médicos posteriores no se habla de los resultados de la campaña— y es probable que los costos del proyecto hicieran a la empresa desistir de él. Sin embargo, en los informes se constata que tanto obreros como particulares continuaron siendo atendidos en los hospitales y dispensarios del Ferrocarril de Antioquia. Para 1922, se registraron 271 pacientes. Y, paradójicamente, en 1923, año en el que al parecer la campaña estuvo suspendida, fueron atendidas 344 personas con pian.²⁵ Esto sugiere que, si bien la campaña no fue aplicada de la forma descrita en el plan de Henao, tratar la enfermedad fue importante para la empresa. Tanto así que para 1925 el médico Eduardo Vasco Gutiérrez, quien se desempeñaba en la división del Nus, ensayó en los pacientes con pian un tratamiento que había mostrado buenos efectos contra la sífilis.²⁶ En los años siguientes, el Ferrocarril centraría sus esfuerzos en la lucha antimalárica. Los focos de pian parecían estar bajo control y la enfermedad había dejado de ser un problema para la empresa. En 1928, el hospital San Rafael solo registró un paciente con pian.²⁷

[109]

24. Emiliano Henao, “Resultados de la organización sanitaria en el Ferrocarril de Antioquia (trabajo presentado a la Asamblea médica de Antioquia y Caldas reunida en octubre de 1922)”, *El Ferrocarril de Antioquia* [Medellín] oct. 24, 1923: 8769-8771.

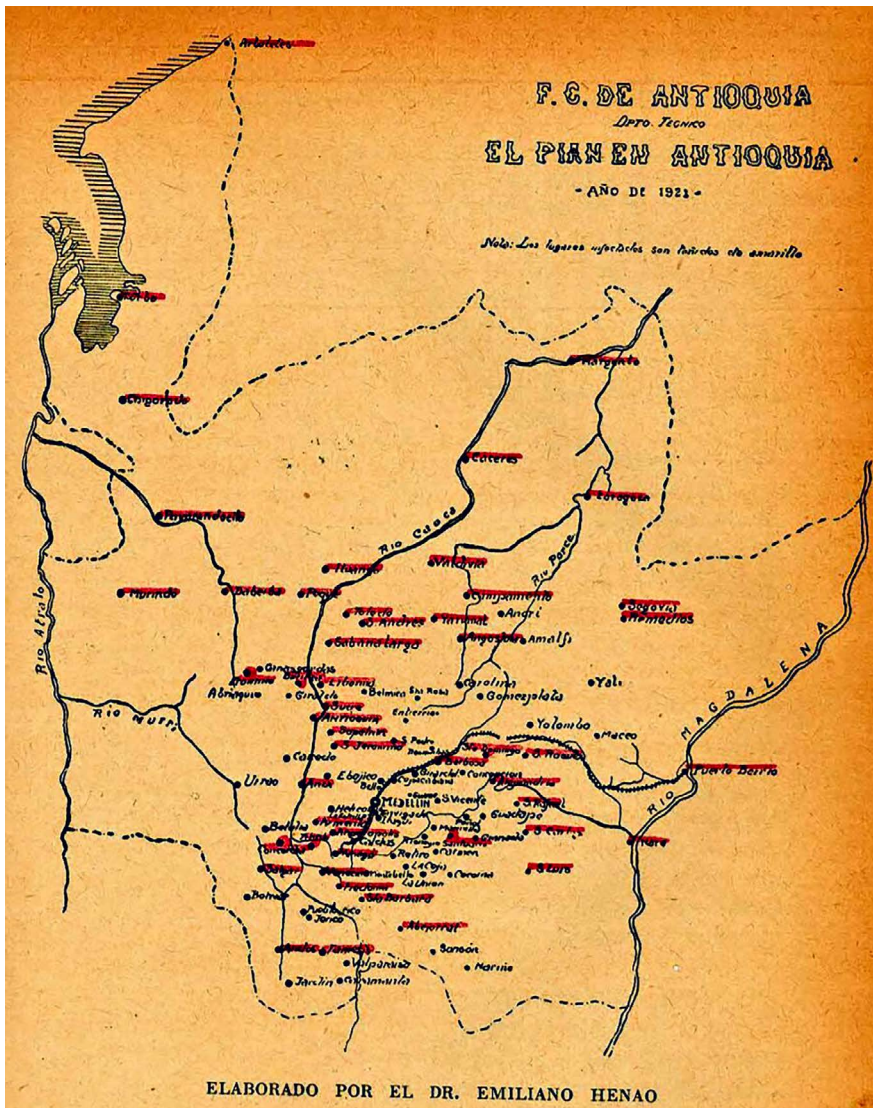
25. Emiliano Henao, “Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia”, *El Ferrocarril de Antioquia* [Medellín] jun. 9, 1923: 8471, 8479; Emiliano Henao, “Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia”, *El Ferrocarril de Antioquia* [Medellín] abr. 25, 1924: 8974, 8978.

26. El medicamento en cuestión era el Storvarsol. Según Vasco, este se comenzó a usar en 1924 en África para el tratamiento de la sífilis y mostró buenos resultados para el tratamiento del pian. Una de sus principales ventajas era la facilidad con que se suministraba (comprimidos en lugar de inyecciones). También era importante que tenía buenos resultados en quienes presentaban resistencia al 914 intravenoso. Eduardo Vasco Gutiérrez, “Espirotosis cutánea (pian) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol”, tesis de grado en Medicina y Cirugía (Medellín: Universidad de Antioquia, 1925) 46.

27. Emiliano Henao, “Informe del Médico Jefe del Ferrocarril de Antioquia”, *El Ferrocarril de Antioquia* [Medellín] may. 2, 1929: 12059.

Figura 1. Distribución del pian en Antioquia, 1921.

[110]



Fuente: Eduardo Vasco Gutiérrez, “Espiroquetosis cutánea (pian) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol”, tesis de grado en Medicina y Cirugía (Medellín: Universidad de Antioquia, 1925) 13. En los municipios marcados en rojo se encontraba la enfermedad. Se observa el trazado del Ferrocarril de Antioquia partiendo desde Puerto Berrio hasta Medellín.

La campaña antiplañica en Antioquia

En 1918, la cruzada contra el pian en el departamento de Antioquia comenzó de la mano del médico Vespasiano Peláez, director departamental de higiene. Peláez procuró establecer estadísticas de casos de pian en los municipios antioqueños y hacer palpable la necesidad de dispensarios con tratamientos gratuitos para combatirlo. Dentro del presupuesto de su oficina se destinaron recursos para la adquisición de 914. Sin embargo, durante los primeros años de atención, las dosis de medicamentos no siempre fueron suficientes y la falta de médicos oficiales en los municipios obstaculizó su aplicación.²⁸ Estas dificultades, además, se exacerbaban por problemas estructurales. Por ejemplo, algunos municipios evadieron la responsabilidad de contratar un médico oficial para la atención de problemas sanitarios, ya que la expedición de una nueva ordenanza que obligaba a los municipios de más de diez mil habitantes a sostener médicos oficiales sirvió de excusa a las autoridades locales para suprimir el cargo en municipios con menor población.²⁹

[111]

En vista de esa problemática y considerando la falta de recursos de muchos municipios para el sostenimiento de médicos oficiales, las autoridades sugirieron que los médicos encargados de la campaña contra la anemia tropical fueran obligados a tratar los casos de pian en los lugares donde se registraban ambas enfermedades.³⁰ Además, en caso de que un municipio no tuviera médico oficial, el tratamiento de los pianosos debía correr por cuenta del funcionario del municipio vecino.³¹ Este problema se presentaba con el pian y

-
28. Jesús M. Marulanda, "Informe que presenta el secretario de gobierno al señor general Pedro Nel Ospina Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1920", Medellín, 1920. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1422, ff. 109-111.
29. José M. González Gómez, "Memoria que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1923", Medellín, 1923. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1426, f. 186.
30. No hay que olvidar que esa campaña era financiada casi en su totalidad por la Fundación Rockefeller así que disponía de mayores recursos. José M. González Gómez, "Memoria que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1925", Medellín, 1925. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1428, f. 173.
31. Jesús M. Marulanda, "Informe que presenta el secretario de gobierno al señor general Pedro Nel Ospina Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1920", Medellín, 1920. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1422, f. 111.

otras enfermedades, así que a partir de 1920 la administración departamental buscó crear comisiones de médicos y financiar la compra de medicamentos.³²

Comisiones sanitarias en Antioquia

[112]

Uno de los mecanismos para contener las enfermedades infecciosas presentes en el territorio nacional fue la creación de comisiones sanitarias, ya fueran permanentes o accidentales.³³ Así lo propuso Vespasiano Pelaez en 1920 para atender las epidemias en todos los municipios y cumplir con lo establecido en el Código de Policía.³⁴ Según su propuesta, las comisiones tenían como función principal levantar una estadística sanitaria municipal y anotar las principales epidemias ocurridas.³⁵ No obstante, la formalización de estas ideas distó de lo planificado. Varias comisiones, carentes de médicos oficiales, no lograron hacerle frente a las enfermedades. Además, tenían muchas otras funciones no relacionadas con el control de epidemias que demandaban atención.³⁶ Por su parte, las comisiones accidentales, establecidas con la aparición de enfermedades epidémicas, desaparecían una vez controlada la enfermedad.³⁷

32. Jorge Delgado Uribe, “Notas sobre el pian”, tesis de grado en Medicina y Cirugía (Bogotá: Universidad Nacional, 1928) 13-14.

33. García 45-46.

34. Jesús M. Marulanda, “Informe que presenta el secretario de gobierno al señor general Pedro Nel Ospina Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1920”, Medellín, 1920. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1422, f. 113.

35. Departamento de Antioquia, “Resolución N.º 37 del 30 de junio de 1922 por la cual se crean Comisiones Sanitarias Municipales permanentes para los Municipios del Departamento y se hacen varios nombramientos”, *Gaceta Departamental de Antioquia* [Medellín] jun. 30, 1922.

36. Otras de las funciones eran hacerse cargo de la provisión de aguas y medios de mejorarlas, desagües, la investigación de las causas de lepra en el municipio y la desinfección de los locales ocupados por leprosos, los mataderos públicos y la inspección de las carnes, los basureros, el establecimiento de hospitales, la creación de consultorios para indigentes, las enfermedades del ganado, la vacunación antivariólica, la inspección de escuelas, el estudio estadístico de las enfermedades reinantes en el distrito y de las estadísticas demográfica y nosográfica. Jesús M. Marulanda, “Informe que presenta el secretario de gobierno al señor Doctor Julio E. Botero Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1921”, Medellín, 1921. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1424, f. 48.

37. José M. González Gómez, “Memoria que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924”, Medellín, 1924. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1427, f. 192.

En la campaña contra el pian hubo intentos por establecer comisiones sanitarias accidentales, sin embargo, como no se concretaron, fueron los médicos oficiales quienes se encargaron de las actividades. En el caso de las regiones con alta incidencia de pianosos —pero sin médicos oficiales— se recurrió a la ayuda del departamento médico del Ferrocarril de Antioquia para la aplicación de los tratamientos en los focos de infección cercanos a la línea.³⁸ El pian presentaba una morbilidad alta, pero una mortalidad muy baja, así que la principal preocupación era que incapacitaba a la población trabajadora. Por ello, tanto las autoridades locales como la empresa del ferrocarril buscaron atender esa problemática.³⁹

[113]

Otro de los aspectos fundamentales de la campaña fue el interés inicial por fortalecer el registro de la enfermedad para conocer la situación de las regiones afectadas y enviar el tratamiento.⁴⁰ Es probable que estas medidas hayan contribuido a un registro más minucioso. De hecho, se observó un cambio en el número de municipios que reportaron pian, y esto favoreció la estadística de morbilidad/mortalidad para cada zona y la distribución del medicamento.

En vista de que la ausencia de médicos oficiales limitaba la cobertura de atención del pian y otras enfermedades infecciosas, las autoridades departamentales propusieron como alternativa la creación de plazas médicas específicas para combatir diferentes endemias y epidemias en las regiones del bajo Cauca y Urabá. Era prioritario proteger a la población rural trabajadora, así que los enfermos de pian debían ser atendidos hasta su recuperación debido a su alta contagiosidad. Esta forma de abordar la enfermedad en el departamento obedecía a la filosofía de atención a los pobres y la inclusión de los trabajadores como una forma de promover el progreso de la región. En palabras del médico de la región del bajo Cauca:

a pesar de la enorme cantidad de pianosos existentes en este Municipio [Valdivia] a principios del año, en que la mayor parte de los buenos trabajadores se encontraban en completa impotencia para el trabajo, debo manifestar que existe hoy en Valdivia mas de 400 trabajadores entregados

38. Jesús M. Marulanda, “Informe que presenta el secretario de gobierno al señor Doctor Julio E. Botero Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1921”, Medellín, 1921. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1424 f. 51.

39. Delgado 14.

40. Francisco Pérez, “Informe del secretario de gobierno presentado al señor gobernador del departamento Dr. Manuel M. Toro con motivo de la reunión de la asamblea de 1922”. Medellín, 1922. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1425, f. 131.

a sus faenas por la enorme mejoría obtenida con las inyecciones que el Departamento ha suministrado.⁴¹

El pian en Urabá

[114]

La historiografía nacional ha consagrado poca atención al estudio de la historia de la medicina rural. En este sentido, la campaña contra el pian emprendida en Urabá es un escenario privilegiado para abordar el tema, pues pone en evidencia los obstáculos que enfrentaron las autoridades para llevar la medicina social a las zonas rurales del país.

La provincia de Urabá se componía de cuatro municipios, seis corregimientos y cerca de veintiséis pueblos o caseríos. Su población se encontraba muy dispersa.⁴² El médico oficial residía en Turbo —pero también tenía funciones en aquellas regiones que carecían de recursos suficientes para costear un médico oficial propio—⁴³ y sus informes, guiados por los preceptos de la higiene, revelan las condiciones materiales de los pobladores. Según el oficial de salud, los habitantes de las poblaciones del río Atrato, el río León, en las costas y Pavarandocito tenían “costumbres muy primitivas” y habitaban en ranchos de paja en deficientes condiciones; las viviendas estaban rodeadas de terrenos pantanosos; las poblaciones cercanas —propensas a las crecientes de los ríos— edificaban sobre tambos para escapar a los terrenos anegadizos que se convertían en criaderos de diversas especies de mosquitos transmisores de enfermedades (como el de la malaria), y estas estructuras no eran más que pisos elevados sobre el suelo, contruidos en madera o palma rajada, con una altura por lo general de medio metro. El médico también llamó la atención sobre la calidad del agua que se bebía. Con frecuencia, esta provenía de las corrientes turbias de ríos o pozos destapados. Además, no se filtraba y los pobladores no tenían la costumbre de hervirla.⁴⁴ A su llegada a Turbo en 1923, y gracias a un

41. Márquez, “La extensión” 255.

42. José M. González Gómez, “Informe que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la Asamblea de 1926”, Medellín, 1926. AHA, Medellín, Sección Impresos y Publicaciones, f. 177.

43. *Gaceta Departamental de Antioquia* [Medellín] mar. 20, 1921: 2772.

44. José M. González Gómez, “Memoria que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1925”, Medellín, 1925. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1428, f. 200.

envío de 914 por parte del gobierno departamental, el médico pudo tratar a los pianosos que encontró en el camino. Según su testimonio, aplicó el tratamiento a antioqueños y chocoanos por igual, pues era un beneficio para los colombianos. Sin embargo, señaló la dificultad para atender a todos los enfermos: un año no alcanzaba para hacer un recorrido completo por el territorio.⁴⁵

Al igual que en otras regiones antioqueñas, la falta de hospitales y médicos afectaron la contención de diferentes endemias en Urabá. En los documentos de la época referentes a las campañas sanitarias emprendidas en zonas rurales, es común encontrar figuras retóricas y el uso de un lenguaje altisonante para describir los programas e instituciones encargadas de las políticas higiénicas en el país. En 1935, el médico Alberto Mora Mora los describía así en sus estudios de la región:

[115]

De la actual lucha antiplánica en Urabá, está encargada, lo que con un nombre rimbombante, figura en el presupuesto Departamental con la denominación de comisión sanitaria; esta se compone de un solo médico que carece de enfermeros y locales adecuados. Un solo médico, repito, tiene que encargarse de exterminar el pian, en esa vasta región de cerca de 15.000 habitantes, y con un presupuesto en drogas muy limitado; esto da como resultado un relativo fracaso en el fin que se pretende. Durante tres años de continua movilización a través de Urabá, solo alcancé a visitar 2 veces la región, es obvio decir que a la segunda visita encontraba un numero aterrador de individuos afectados, girando así, en un círculo vicioso que da como resultado un pésimo balance en favor de la desaparición de esta plaga. Un solo médico es incapaz para apecharse eficientemente esta lucha; por lo demás, la tantas veces mencionada “Comisión Sanitaria de Urabá” no posee el más indispensable elemento de movilización [sic] en la región, como es una lancha de gasolina; jornadas que en esta se harían en cinco horas, por los medios primitivos que hoy se usan, se llevan cinco días.⁴⁶

45. José M. González Gómez, “Memoria que presenta el secretario de gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador del departamento al reunirse la asamblea de 1924”, Medellín, 1924. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1427, f. 218-219.

46. Alberto Mora Mora, “Contribución al estudio de la patología y parasitología tropicales en el Departamento de Antioquia”, tesis de grado en Medicina y Cirugía (Medellín: Universidad de Antioquia, 1935) 16.

Lo anterior revela que las condiciones de vida de la población eran precarias; que el territorio era extenso; que el Estado colombiano estaba ausente en muchos territorios rurales; y que la administración local, con recursos muy limitados, fue incapaz de establecer redes para garantizar un funcionamiento efectivo de la campaña contra el pian.

[116]

La higiene rural y las directrices internacionales

Uno de los cambios principales que experimentaron las campañas sanitarias fue la transición de un modelo unilateral (campañas centradas en una enfermedad particular que excluían otras patologías) a la creación de unidades sanitarias y comisiones de sanidad rural. Para describir el cambio, el secretario de higiene y asistencia pública de Antioquia hizo énfasis en que el nuevo modelo, más complejo y de mayor cobertura, permitía llevar al pueblo una verdadera “conciencia sanitaria”. A este respecto, decía:

si pensamos que aquellos sistemas [las campañas unilaterales que venían funcionando en el departamento] dejaban inmenso vacío en la formación de la “conciencia sanitaria” de los conglomerados sociales, base esencial de las campañas de higiene pública. Nada se ganaría incrustando en las masas nociones de defensa contra la uncinariasis o las enfermedades venéreas por ejemplo, si a la vez no se les hace adquirir de modo conjunto la plena noción de otras luchas y su orientación colectiva de defensa y previsión [...], una lucha unilateral crearía en el pueblo un conocimiento incompleto de prevención. Una lucha que englobara unitariamente todos los factores que asaltan y merman la capacidad racial, crearía la verdadera “conciencia higiénica”, fundamento radical de aquellos pueblos que por su elevado índice sanitario van a la cabeza en la civilización.⁴⁷

Este mecanismo integral de los servicios de salud tuvo su origen en los Estados Unidos. Fue impulsado por la Organización Sanitaria Panamericana, con la idea de promover un sistema administrado por el Estado que articulara modelos preventivos y de atención temprana en salud, y se le conoció internacionalmente como “unidades sanitarias cooperativas”.⁴⁸

47. “Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia”, Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, f. 11.

48. Mario Hernández *et al.*, *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia. 1902-2002* (Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2002) 55.

Los primeros ensayos de acciones unitarias fueron llevados a cabo en 1919 en regiones meridionales de los Estados Unidos y luego se expandieron por todo el país. En América Latina, estos sistemas comenzaron a funcionar primero en México, Costa Rica y Brasil.⁴⁹

Un hecho importante que llevó a Colombia a la apropiación de este sistema fue la Conferencia Europea de Higiene Rural, celebrada en Ginebra en 1931. Allí se discutió de manera extensa la forma en que se debía llegar a las masas campesinas con servicios de higiene eficaces. Una de las recomendaciones principales fue la creación de comisiones sanitarias rurales presididas por un médico acompañado de inspectores sanitarios y enfermeras visitadoras.⁵⁰ El evento fue organizado por la Liga de Higiene de la Sociedad de Naciones y contó con observadores de diferentes países americanos, entre ellos Colombia, Bolivia, Cuba, Estados Unidos y México. Producto de la conferencia, se elaboraron dos folletos con temas sobre asistencia médica, servicios sanitarios y saneamiento, entre otros. En lo concerniente a la asistencia médica, la conferencia hizo énfasis en tener un aparato higiénico organizado que pudiera llegar a todos los pobladores de una región. La asistencia médica se entendía como un “servicio médico organizado de tal modo, que ponga a la disposición de la población todos los recursos de la medicina moderna, a fin de fomentar la salud, y de distinguir y tratar las enfermedades desde su insipencia”.⁵¹

[117]

Con el fin de facilitar este objetivo, que pretendía una amplia cobertura sobre el sector rural, se propuso organizar un programa racional y coordinado sobre una base territorial que no desconociera las condiciones locales. Para alcanzar esa cobertura y tener un amplio rango de acción, la Conferencia recomendó la presencia de un médico por cada dos mil habitantes, y, a medida que se fueran desarrollando los servicios sanitarios, reducir la proporción hasta llegar a mil.⁵² No obstante, alcanzar estas cifras estaba fuera de las posibilidades inmediatas de muchas poblaciones colombianas. Recordemos que la normativa departamental vigente (1919) solo obligaba a los municipios a tener un médico oficial cuando la población sobrepasara

49. “Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia”, Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, f.12.

50. Arturo Robledo, “Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez”, Medellín, 1937. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1540, f. 7.

51. Oficina Sanitaria Panamericana, “Conferencia Europea de Higiene Rural: Recomendaciones”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 11.3 (1932): 246-261.

52. Oficina Sanitaria Panamericana 246-261.

diez mil habitantes. A finales de la década de 1920, el sucesor de Vespasiano Peláez abogó, sin éxito, por obligar a las localidades a sostener un médico cuando la cifra de pobladores fuera mayor de cinco mil.⁵³

[118]

Las estadísticas profesionales y sanitarias de la década de 1930 distaban mucho de las recomendaciones de la conferencia y mostraban una distribución desigual de los médicos en el territorio. Por ejemplo, en 1934 se registraban en Antioquia, para una población superior al millón de habitantes, 209 médicos diplomados, 73 licenciados o permitidos y 42 especialistas.⁵⁴ En 1936, un estudio de sociología médica que cuantificaba los médicos en el país registró 295 en Antioquia, de los cuales 154 ejercían en Medellín. Los 141 restantes estaban distribuidos en 60 municipios, mientras que 38 municipios no contaban con ningún galeno.⁵⁵ Para 1938, de los 98 municipios antioqueños existentes, 35 carecían de médico oficial, situación que los funcionarios atribuían a la pobreza del municipio y a la dificultad de conseguir personal que aceptara trabajar en dichos territorios.⁵⁶ En muchas localidades del territorio nacional el mercado terapéutico estaba por fuera de la medicina oficial universitaria.

En un intento por seguir las recomendaciones de la Conferencia, Colombia adoptó un sistema de comisiones sanitarias rurales y de unidades sanitarias.⁵⁷ Esas estructuras buscaron ampliar la cobertura de los servicios de higiene de la población rural y articular esfuerzos para mejorar el funcionamiento de las campañas sanitarias. La primera unidad sanitaria empezó a funcionar en Pereira en 1934. En 1935 se creó la del Quindío.⁵⁸ Sin embargo, según Arturo Robledo, secretario de higiene y asistencia social de Antioquia, para

53. Francisco Pérez, “Informe rendido por el Secretario de Gobierno al Sr. General Pedro J. Berrío Gobernador del Departamento con motivo de las sesiones extraordinarias de la Asamblea en el año 1928”, Medellín, 1928. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1432, f. 18.

54. Jorge Márquez, “El médico de oficio en Colombia en las décadas de 1920 y 1930”, *Mundos do Trabalho* 7 (2015): 85-104. <https://doi.org/10.5007/1984-9222.2015v7n13p85>.

55. Victoria Estrada, “La valeur des chiffres: la production et les usages des statistiques démographiques et de santé publique en Colombie, 1886-1947”, tesis de doctorado en Historia (París: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2015) 331-332.

56. “Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia”, Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, f. 25.

57. Arturo Robledo, “Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez”, Medellín, 1937. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1540, ff. 8-9.

58. “Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia”, Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, f. 11.

esas fechas la creación de dichas unidades en el departamento todavía no había sido posible debido a problemas fiscales.⁵⁹

Las comisiones rurales, unidades sanitarias y centros mixtos de salud

En 1936 el Consejo de ministros aprobó el contrato que establecía veintidós comisiones sanitarias rurales en Antioquia. La financiación de este proyecto dependió tanto de recursos nacionales como departamentales. Después de firmado el contrato, la Gobernación se vio obligada a hacer múltiples ajustes, ya que el presupuesto y el personal eran insuficientes. Por esta razón, de las veintidós comisiones, solo entraron en funcionamiento quince, que empezaron a operar en 1938.⁶⁰

[119]

Las comisiones sanitarias estaban encabezadas por un médico jefe y un grupo de inspectores sanitarios. Funcionaban como instituciones de higiene pública, tratamiento de enfermedades transmisibles, educación y propaganda, saneamiento del suelo y protección infantil.⁶¹ Además, tenían un carácter móvil. Su objetivo era realizar labores determinadas en una población y luego desplazarse a otra zona. Lo ideal era que, con el paso del tiempo y si las condiciones fiscales lo permitían, las comisiones se asentaran y se convirtieran en “pequeñas unidades sanitarias” de carácter permanente. Estas unidades fijas se introdujeron gradualmente en el país. La primera de ellas, que empezó a funcionar en el departamento de Antioquia, se estableció en el municipio de Sonsón en 1939. Debido a problemas presupuestales para ese año, Antioquia era el único departamento donde faltaba crear unidades sanitarias.⁶² El tamaño de la población a atender y la extensión del territorio hacen evidente la magnitud de la tarea que enfrentaba el personal de ciertas comisiones en esta región (tabla 2).

59. Arturo Robledo, “Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez”, Medellín, 1937. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1540, ff. 8-9.

60. Para 1939, operaban catorce comisiones sanitarias.

61. Arturo Robledo, “Informe que el Dr. Arturo Robledo, Secretario de Higiene, le rinde al Gobernador de Antioquia Doctor Jaime Arango Velásquez”, Medellín, 1937. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1540, ff. 8-9.

62. Otras razones para este retraso estuvieron relacionadas con la extensión geográfica del departamento y el difícil acceso a ciertas regiones. “Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia”, Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, ff. 12-18.

Tabla 2. Extensión y personal de comisiones sanitarias rurales, 1938.

| Comisión | Habitantes (censo 1938) | Extensión (km ²) | Personal | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------|-----|-------|
| | | | mj* | o** | is*** |
| Turbo | 10 215 | 7600 | 1 | | 1 |
| Urreo | 19 158 | 3800 | 1 | 1 | 3 |
| Cañasgordas | 14 576 | 343 | 1 | | 3 |
| Sopetrán | 12 420 | 170 | 1 | 1 | 3 |
| Angostura | 9736 | 500 | 1 | | 3 |
| Cisneros | 8225 | 77 | 1 | | 3 |
| San Rafael | 6819 | 250 | 1 | | 2 |
| Barbosa | 12 822 | 186 | 1 | | 3 |
| Abejorral | 27 531 | 460 | 1 | 1 | 4 |
| Titiribí | 15 121 | 125 | 1 | 1 | 3 |
| Salgar | 16 530 | 348 | 1 | 1 | 3 |
| Valparaíso | 6985 | 230 | 1 | 1 | 3 |
| Puerto Valdivia-Cáceres | 3161 | 5500 | 1 | | 1 |
| La Pintada | 1485 | 50 | 1 | | 1 |
| Fredonia | 26 106 | 200 | 1 | 1 | 3 |
| Totales | 190 890 | 19 839 | 15 | 7 | 39 |

* médico jefe

** odontólogo

*** inspector sanitario

Fuente: "Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia", Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, f. 34.

Por su parte, los centros mixtos de salud fueron instituciones que se gestaron con el fin de atender a la población proletaria en regiones de desarrollo fabril, agrario o minero.⁶³ Uno de los ejemplos más significativos fue el Centro Mixto Cafetero de Antioquia, que nació de un contrato celebrado entre el gobierno nacional, el departamento de Antioquia y la Federación de Cafeteros. Dentro de las funciones de estas instituciones estaba la atención médica, la higienización en campamentos y el saneamiento del suelo.⁶⁴

Dado que las comisiones rurales y las unidades sanitarias obedecían a un mismo plan estratégico, sus funciones fueron similares. Además del

63. Para 1940 funcionaban en Antioquia el Centro Mixto cafetero de Antioquia y el Centro Mixto de Bello.

64. "Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia", Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, f. 87-94.

saneamiento de los suelos, cuyo principal indicador era la construcción de letrinas, ambas instituciones se interesaron por desplegar campañas contra las enfermedades llamadas sociales (tuberculosis, lepra, sífilis y endemias tropicales —principalmente el pian, la malaria y la uncinariasis—) y transmisibles (viruela, sarampión y tos ferina). En ellas, se hizo énfasis en estrategias profilácticas, sin descuidar acciones de carácter curativo.⁶⁵

Las actividades de las comisiones se registraban según el número de pacientes atendidos, aunque algunas de ellas se centraron en la lucha contra el pian en regiones donde este era un problema importante. Durante 1937, la comisión de San Carlos trabajó especialmente en la erradicación de esta enfermedad en el municipio. Las actividades se intensificaron sobre todo en Samaná y en el corregimiento del Jordán, sitios en los que 1061 pianosos fueron tratados con inyecciones arsenicales. Esta misma comisión trabajó sobre las márgenes del río Nare y se trasladó a San Rafael para radicarse allí durante 1938 y concentrarse en el tratamiento de bubosos. Para esta labor, se contrataron dos inspectores enfermeros, lo que facilitó la movilidad de la comisión entre los municipios de San Rafael y San Carlos.⁶⁶

Si para 1930 el número de pianosos tratados en San Rafael fue de 130, en 1938, con la comisión sanitaria rural en funcionamiento, la cantidad ascendió a 549. Según el informe de la comisión, lo anterior significó la eliminación de uno de los grandes focos de pian en el municipio.⁶⁷ Casi diez años más tarde, en 1949, el número de bubosos reportados por el médico Justiniano Turizo Sierra fue tan solo de dos en un mes de trabajo.⁶⁸ Además de los tratamientos de las diferentes endemias, la comisión rural de San Rafael se encargó también de la fiscalización de actividades en empresas mineras de la región.⁶⁹

[121]

65. “Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia”, Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, f. 16.

66. Los inspectores enfermeros trabajaban en el tratamiento de enfermos, mientras que los inspectores de sanidad ejercían labores de saneamiento de los suelos e higienización. “Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia”, Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, f. 54

67. “Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia”, Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, f. 54.

68. Justiniano Turizo Sierra, “Demoflaxia en San Rafael (Antioquia)”, Monografía presentada para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. (Medellín: Universidad de Antioquia, 1950) 16.

69. “Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia”, Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, f. 54.

[122]

Por su parte, la comisión bimunicipal de Cisneros-San Roque concentró sus labores en núcleos de densidad trabajadora. Este saneamiento le interesaba particularmente al Ferrocarril de Antioquia, que contribuyó monetariamente para tal fin. En las campañas para combatir las endemias de la zona de Cisneros, la comisión partió de la cabecera municipal y abarcó las estaciones del Ferrocarril.⁷⁰ En cuanto a San Roque, el rango de acción fueron las fracciones de San José de Providencia, Cristales y Caracolí (siendo este último un foco constante de pianosos, desde los comienzos de la campaña emprendida por Emiliano Henao en el Ferrocarril).⁷¹

Al igual que las plazas médicas que se crearon en su momento en la provincia de Urabá y la región del bajo Cauca para emprender una campaña antiplánica, las comisiones sanitarias designadas para estas dos regiones jugaron un papel importante en la lucha contra la enfermedad. Dadas las características geográficas de estas dos regiones, el transporte fluvial fue determinante para atender toda clase de enfermos, con especial énfasis en parasitismo intestinal, paludismo y pian. Según un informe de la comisión del bajo Cauca, la cobertura aumentó por encima de un 90 % de la atención de estas enfermedades.⁷²

En Antioquia, las regiones más afectadas por las bubas en 1940 fueron las del bajo Cauca y San Rafael. Esta última, como decía el médico jefe de la comisión, había tenido una orientación distinta a las demás que funcionaban en el departamento, pues se había dedicado con especialidad a la lucha contra las endemias de la región, sin descuidar la campaña de saneamiento que le correspondía. En el tiempo que llevaba en funcionamiento, la comisión había realizado una intensa campaña contra el pian, al punto de afirmar que el foco principal había sido erradicado.⁷³

Una vez establecidas las comisiones sanitarias en todo el departamento, el tratamiento contra el pian se realizó de forma más sostenida que en años anteriores. Desde 1937, año en que la comisiones empezaron a visitar asiduamente los focos endémicos de esta enfermedad, se trataron un total de 7632 pianosos. En realidad, se trata de una cifra baja si se compara con el

70. "Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia", Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, f. 58.

71. "Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia", Medellín, abr. 30, 1939. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1561, f. 59.

72. "Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia. Labores de 1939", Medellín, abr. 1940, AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1563, f. 21.

73. "Informe del Secretario de Higiene y A.S de Antioquia. Labores de 1940", Medellín, abr. 1941. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1564, f. 18.

número de enfermos por malaria o uncinariasis, o la cantidad de enfermos que se presentaron en la década de 1920 (tabla 3).

Tabla 3. Cifra de infectados con paludismo, parasitismo intestinal y pian entre 1937 y 1941.

| Año | Paludismo | Parasitismo intestinal | Pian |
|-------|-----------|------------------------|------|
| 1937 | 4821 | 14 656 | 1507 |
| 1938 | 6713 | 20 488 | 1673 |
| 1939 | 8286 | 24 728 | 699 |
| 1940 | 13 302 | 27 964 | 1480 |
| 1941 | 6813 | 21 988 | 2273 |
| Total | 39 935 | 109 824 | 7632 |

[123]

Fuente: “Informe del Secretario de Higiene y A.S. Labores de 1941”, Medellín, may. 1942. AHA, Medellín, Colección de Impresos, 1566, ff. 55-56.

Con la introducción de la penicilina como tratamiento de elección y la adhesión de Antioquia a la campaña antiplánica nacional de 1950 —que tenía como objetivo la supresión del pian en territorio colombiano—, la enfermedad pasó a ser un problema de salud pública controlado. Años después, en 1954, el doctor Juvenal Vásquez mencionó en su tesis médica que no se habían encontrado casos en el bajo Cauca y que los pocos que habían sido diagnosticados provenían del departamento de Chocó. “Lo que sí se sabe”, afirmó el doctor, “es que hace algunos años se encontraron muchos casos y en todas sus formas, pero fueron tratadas al parecer en forma efectiva”.⁷⁴

A modo de conclusión

Como ha podido apreciarse, tanto actores públicos como privados movilizaron esfuerzos para hacerle frente a los problemas de salud que afectaron a una parte importante de la población rural antioqueña. De hecho, en algunos casos, ante la ausencia estatal, fueron los entes privados quienes establecieron planes de atención que se extendieron más allá de sus empleados. El caso descrito del Ferrocarril de Antioquia y las acciones realizadas por su departamento sanitario para luchar contra enfermedades transmisibles, particularmente el pian, fueron claves para poner la atención de las autoridades sanitarias en las llamadas enfermedades sociales que so-

74. Juvenal Vásquez, “Notas médicas de la región del Nechí y Bajo Cauca”, tesis de grado en Medicina y Cirugía (Medellín: Universidad de Antioquia, 1954) 33.

cavaban aún más las condiciones sociales y materiales de las poblaciones. La decisión del Ferrocarril de Antioquia de llevar registros estadísticos de las labores sanitarias le permitió enfrentar las enfermedades que afectaban a los peones. Así mismo, su organización administrativa rigurosa, cuyo trasfondo residía en un mayor rendimiento económico, fue esencial para justificar sus inversiones en salud y que sus obreros se mantuvieran productivos.

[124]

La preocupación de las autoridades sanitarias puso en evidencia el surgimiento de una medicina social, encabezada por el Estado, que se encargó de aplicar medidas sanitarias a favor de la salud de la población en zonas rurales. Por otra parte, el desarrollo de campañas sanitarias en Antioquia fue una estrategia para trasladar los avances médicos de la ciudad hacia las regiones rurales del departamento. El mecanismo con el que las autoridades sanitarias enfrentaron las enfermedades en las poblaciones rurales fue el establecimiento de estructuras tales como unidades sanitarias y comisiones rurales, las cuales en algunos casos funcionaron con apoyo de entes privados. Si bien estos esfuerzos muchas veces se vieron diluidos por problemas presupuestales y por la imposibilidad estatal de establecer redes de funcionarios de salud, es relevante destacar la adaptación de disposiciones extranjeras en materia de higiene a las singularidades locales. En este sentido, las comisiones móviles y el transporte fluvial fueron determinantes a la hora de llegar a regiones de difícil acceso.

Pese a todas las vicisitudes de este proceso, es innegable que la consolidación de las estructuras sanitarias —con sus programas de prevención y control de enfermedades y sus trabajos de saneamiento del suelo—, aportó a la reducción de casos de pian en el territorio antioqueño. La introducción de la penicilina como método de tratamiento y el esfuerzo sostenido de las autoridades sanitarias en regiones aisladas permitieron el control de los focos de pian y convirtieron esta enfermedad contagiosa en un problema menor de salud pública.

Obras citadas

I. FUENTES PRIMARIAS

Archivos

Archivo Histórico de Antioquia (AHA), Medellín, Colombia

Sección Impresos y Publicaciones

Publicaciones periódicas

Periódicos

Gaceta Departamental de Antioquia [Medellín] 1921-1922

El Ferrocarril de Antioquia [Medellín] 1920-1929

Revistas

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1932)

Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla (1939)

Revista de la Facultad de Medicina (1956)

[125]

Documentos impresos y manuscritos

Delgado Uribe, Jorge. “Notas sobre el pian”. Tesis de grado en Medicina y Cirugía.

Bogotá: Universidad Nacional, 1928.

García Medina, Pablo. *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1932.

Latorre, Gabriel. “Francisco Javier Cisneros y el Ferrocarril de Antioquia”, 1924.

Biblioteca Digital de la Universidad de Antioquia. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/381/1/LatorreGabriel_2009_FerrocarrilAntioquiaResena.pdf.

Mora Mora, Alberto. “Contribución al estudio de la patología y parasitología tropicales en el Departamento de Antioquia”. Tesis de grado en Medicina y Cirugía. Medellín: Universidad de Antioquia, 1935.

Osorio, Luis F. *Informe número 1 del ingeniero jefe de la comisión exploradora del Ferrocarril de Urabá al Señor Gobernador del Departamento*. Medellín: Imprenta Oficial, 1914.

Turizo, Sierra Justiniano. “Demofilaxia en San Rafael (Antioquia)”. Tesis de grado en Medicina y Cirugía. Medellín: Universidad de Antioquia, 1950.

Vasco Gutiérrez, Eduardo. “Espiroquetosis cutánea (pian) y su tratamiento por el muthanol y storvarsol”. Tesis de grado en Medicina y Cirugía. Medellín: Universidad de Antioquia, 1925.

Vásquez, Juvenal. “Notas médicas de la región del Nechí y Bajo Cauca”. Tesis de grado en Medicina y Cirugía. Medellín: Universidad de Antioquia, 1954.

II. FUENTES SECUNDARIAS

Estrada, Victoria. “La valeur des chiffres: la production et les usages des statistiques démographiques et de santé publique en Colombie, 1886-1947”. Tesis de doctorado en Historia. París: École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2015.

[126]

- Henderson, James D. *La modernización en Colombia: los años de Laureano Gómez, 1889-1965*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2006.
- Hernández, Mario *et al.* *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia. 1902-2002*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2002.
- Jalil-Paier, Hanni y Guillermo Donado. “Luchando por la patria, forjando trabajadores: tuberculosis, alcoholismo y salud pública en Colombia, 1910-1925”. *Revista de Salud Pública* 12 (2010): 486-496.
- Márquez, Jorge. “El médico de oficio en Colombia en las décadas de 1920 y 1930”. *Mundos do Trabalho* 7 (2015): 85-104. <https://doi.org/10.5007/1984-9222.2015v7n13p85>.
- Márquez, Jorge. “La extensión de la medicalización al mundo rural antioqueño a comienzos del siglo xx”. *Historia social y cultural de la salud y la medicina en Colombia, siglos XVI-XX*. Comps. Javier Guerrero Barón, Luis Wiesner Gracia y Abel Martínez. Medellín: UPTC / La Carreta Editores, 2010. 241-259.
- Molero Mesa, Jorge y Francisco Javier Martínez Antonio. “Las campañas sanitarias como paradigma de la acción social de la medicina”. *Trabajo Social y Salud* 43 (2002): 119-148.
- Obregón, Diana. *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: EAFIT / Banco de la República, 2002.
- Quevedo, Emilio *et al.* *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: el tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.
- Quevedo, Emilio *et al.* *Historia de la medicina en Colombia*. T. 3. Bogotá: Tecnológicas S. A., 2010.
- Restrepo, Libia J. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia, 1875-1930*. Medellín: La Carreta Editores, 2004.
- Rosen, George. *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Ciudad de México: Siglo XXI, 2005.
- Silva, Renán. *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en el Virreinato de Nueva Granada*. Medellín: La Carreta Editores, 2007.
- Vélez Tobón, Gabriel Jaime y Victoria Estrada Orrego. “Deformaciones y contagios. La lucha contra el pian en Colombia en la primera mitad del siglo xx”. *Transhumante. Revista Americana de Historia Social* 18 (2021): 28-51.